La Tutela en Salud

Informe de Cumplimiento de la Vigencia 2016
Orden 30

Corte Constitucional de Colombia
Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008

Ministerio de Salud y Protección Social

Enero de 2018

Tabla de Contenido

1 INTRODUCCIÓN 4

2 PANORAMA GENERAL DE LAS TUTELAS EN SALUD 4

2.1 Lugar de residencia de los demandantes 7

2.2 Distribución de las tutelas por tipo de institución demandada 9

3 METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA 11

3.1 Diseño de la muestra 11

3.2 Marco estadístico 12

3.3 Instrumento para la recolección de la información 12

4 RESULTADOS: ANÁLISIS DE LAS TUTELAS Y LAS SOLICITUDES 13

4.1 Derechos invocados 14

4.2 Existencia de representación en las acciones de tutelas 14

4.3 Características de los tutelantes 15

4.4 Personas en situación de vulnerabilidad 16

4.5 Régimen de afiliación y naturaleza de entidades demandadas 17

4.6 Caracterización de los problemas jurídicos y servicios 18

4.6.1 Análisis de las solicitudes 18

4.6.2 Servicios solicitados 21

4.7 Caracterización de las decisiones judiciales 25

4.7.1 Sentido de las decisiones de Primera Instancia 25

5 MEDIDAS ADOPTADAS EN LA VIGENCIA 2016 27

5.1 Herramienta tecnológica Mipres 27

5.1.1 Avances actuales y esperados en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud con la implementación de la herramienta Mipres 31

5.2 Adopción y regulación del modelo integral de atención en salud - MIAS..... 33

5.2.1 Avances actuales y esperados en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud con la implementación del MIAS..... 41

5.2.2 Inversión en para fortalecer la oferta de servicios de salud..... 43

6 ANEXOS..... 45

7 REFERENCIAS..... 47

1 INTRODUCCIÓN

En enero de 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) presentó a la Honorable Corte Constitucional el informe sobre el análisis de acciones de tutelas que invocaron el derecho a la salud para el año 2016, con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado en la orden trigésima de la Sentencia T – 760 de 2008 , que ordena a esta entidad hacer un informe anual "*en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello*".

Como se señaló en su momento, el informe radicado presentaba algunas limitaciones, dado que la validación de la información con otras bases de datos - con corte a diciembre de 2016 - requerían un tiempo de análisis más extenso por la magnitud de ésta, correspondiente a más de 46 millones de usuarios que cada año atiende el sistema de salud. Por esta razón, una vez hecho el análisis correspondiente, se preparó el presente documento complementario al informe inicial.

Por otra parte, aunque en el año 2008 mediante la Sentencia T-760 la Corte Constitucional, como intérprete autorizado de la Constitución, declaró abiertamente la salud como derecho fundamental autónomo, solo hasta la sanción de la Ley 1751 del 2015 – Ley Estatutaria de Salud- éste derecho se regula. Dicha ley favoreció la adopción de medidas de transformación por parte de esta Cartera que permiten avanzar en temas fundamentales como calidad, oportunidad, equidad, confianza, y legitimidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la cuales si bien, son acciones cuya adopción para todos los agentes del sistema es inmediata, su impacto para el goce efectivo al derecho a la salud se podrá medir a mediano y largo plazo.

Este informe comienza por analizar el panorama general de las tutelas remitidas a la Corte Constitucional para su eventual revisión durante el año 2016, en donde se invocó la protección del derecho a la salud. Con el fin de realizar un análisis más detallado, en la sección posterior se detalla la metodología adoptada para el análisis de las tutelas en salud de la vigencia 2016. Posteriormente, el informe presenta el análisis de la muestra, para luego pasar a la descripción de las medidas adoptadas por este Ministerio, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y por ende, reducir el número de acciones de tutela del sector salud.

2 PANORAMA GENERAL DE LAS TUTELAS EN SALUD

A partir de la información entregada por la Honorable Corte Constitucional, se realizó un análisis de tipo descriptivo de las acciones de tutelas remitidas a la Corte durante el año 2016, contrastándolo con información poblacional, distribución geográfica, tipo de institución demandada y población afiliada.

La Tabla 1 muestra la evolución de las tutelas en salud entre el año 2000 y 2016. Durante los primeros 8 años se observa un incremento en el uso de este instrumento legal, hasta alcanzar

un pico en el año 2008, año en el que fueron interpuestas 142.957 acciones, las cuales representaron el 41,5% del total de tutelas interpuestas en el país. Lo anterior equivalía a una tasa de 3,6 tutelas por cada 1.000 afiliados. Entre 2009 y 2010 se presentó un descenso importante en el número de tutelas en salud. Durante los años posteriores la tendencia se estabilizó hasta el año 2015, año en el cual se interpusieron 150.728 acciones de tutela en salud y la tasa de tutelas por 1.000 afiliados fue de 3,4. Para 2016 la tasa de tutelas por 1.000 afiliados se ubicó en 3,5, lo que representó un total de 164.274 tutelas y un 26,5% respecto al total de tutelas interpuestas en el país durante el año en mención[1]. Con respecto al año 2015 esto representó un incremento de 9,0%, crecimiento significativamente menor al registrado el año anterior (28,0%).

Tabla 1. Comportamiento de las tutelas en salud 2000-2016

Año	Afiliados	Población	Total tutelas en salud*	Crecimiento tutelas en salud	Tasa por mil Afiliados	Tasa por mil habitantes
2000	23.017.680	40.295.563	24.843	16,6%	1,1	0,6
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,1%	1,4	0,8
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,5%	1,8	1,0
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,6%	2,0	1,2
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,7%	2,4	1,7
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,5%	2,4	1,9
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,8%	2,6	2,2
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,4%	2,8	2,4
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,3%	3,6	3,2
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,7%	2,6	2,2
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,0%	2,4	2,1
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,1%	2,5	2,3
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,9%	2,7	2,5
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,7%	2,7	2,4
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,3%	2,7	2,5
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,0%	3,4	3,1
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,0%	3,5	3,4

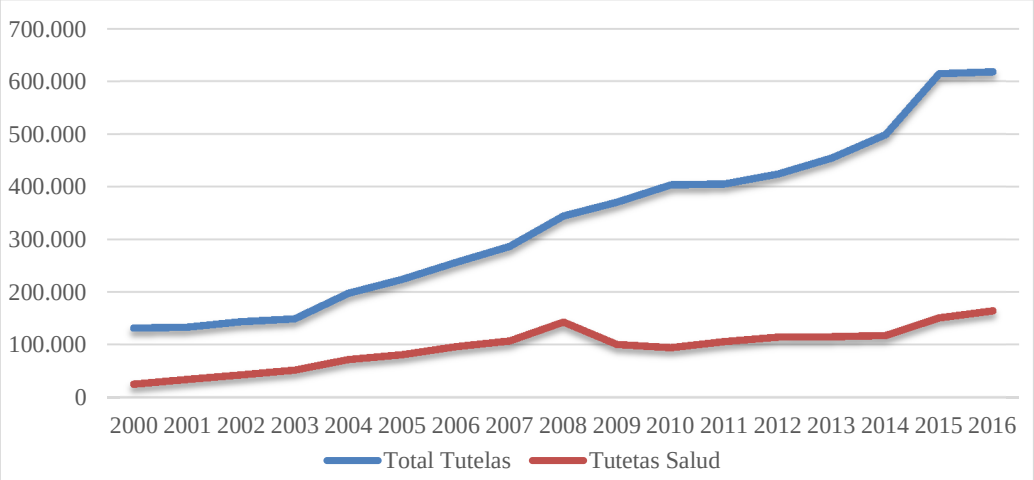
Fuente: BDUA, 2016. Incluye subsidiado, contributivo y regímenes especiales. La información del total de tutelas en salud proviene de la Honorable Corte Constitucional. *Información de proyecciones poblacionales proviene del DANE, Censo 2005.

Con base en lo anterior, es importante señalar que el incremento en el número de acciones de tutela en salud obedece – al menos en una proporción – a una dinámica generalizada del total

[1] Durante el año 2016 en total fueron enviadas a la Honorable Corte Constitucional 618.300 acciones de tutela para su eventual revisión. Frente al año anterior, esto representó un incremento de 0.62% (614.520 acciones de tutela en el año 2015).

de tutelas que se presentan en el país. Según se observa en la Figura 1, la velocidad de crecimiento de las tutelas totales es mayor al de las tutelas que invocan el derecho a la salud, incluso en los últimos tres años en los que las tutelas en salud retoman una tendencia creciente.

Figura 1. Comportamiento histórico de las tutelas 2000 – 2016



Fuente: Datos Defensoría del Pueblo y la Honorable Corte Constitucional.

Así mismo, se debe señalar un posible sobredimensionamiento cuantitativo de la tutela en salud. En la muestra recogida por el MSPS durante el 2016 se pudo identificar que el 3,2% (203) de las tutelas que eran clasificadas por la Corte como tutelas en salud, en realidad eran tutelas de otras materias. Al respecto se pueden incluir, por ejemplo, casos de solicitudes dirigidas a Administradoras de Riesgo Laborales (ARL) o empresas de medicina prepagada.

Adicionalmente, de acuerdo con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS - 2016[2], la mayoría de los pacientes acceden a los servicios de salud sin necesidad de interponer ningún tipo de acción legal. De acuerdo con la encuesta en mención, el 97,8% de los usuarios del Régimen contributivo y el 97,3% de los usuarios del Régimen subsidiado afirmaron no haber tenido que recurrir a acciones legales para acceder a los servicios que requerían. Esto es apenas razonable si se considera que se interpusieron poco más de 164.000 tutelas mientras que la población afiliada esta sobre los 46 millones de personas.

No se puede sin embargo dejar de reconocer que el derecho a la salud sigue siendo una causa recurrente de litigio y la tutela se mantiene como un medio a través del cual algunos colombianos buscan acceder a servicios de salud. Por esta razón, a continuación se analizan ciertos aspectos detallados de la misma, con el fin de conocer cuáles son las posibles fallas

[2] Aplicada a 26.502 personas del régimen contributivo y subsidiado. La encuesta en mención es representativa a nivel nacional, por EPS y por régimen, y está dirigida a usuarios que ha utilizado por lo menos uno de los servicios de las EPS en los últimos seis meses. La encuesta la realiza todos los años una firma consultora, tras un concurso de méritos que lleva a cabo el MSPS.

en regulación que persisten y que pueden ser resueltas con las facultades regulatorias del MSPS o de otros órganos del sistema.

2.1 Lugar de residencia de los demandantes

Para los resultados a continuación se toma como número total de tutelas en salud 158.755 que corresponde a los registros entregados por la Honorable Corte Constitucional durante el 2016 y consolidados con corte Diciembre 5 debido a que no se recibió información de los registros radicados con posterioridad al 5 de diciembre.

En relación con el lugar de residencia, se observa que para el año 2016 Antioquia (23,18%), Bogotá, D.C. (10,95%) y Valle del Cauca (10,89%) fueron los departamentos que registraron mayor número de acciones de tutela en salud. De los 32 departamentos, 19 registraron una tasa de tutelas por debajo de la media nacional (3,4 acciones por cada 1.000 habitantes); Chocó (0,7), La Guajira (0,7) y Putumayo (1,2) registraron la menor tasa. Por su parte, los departamentos con más acciones de tutela interpuestas con respecto a su población, con tasas por cada mil afiliados, fueron Caldas (10,5), Quindío (7,8) y Risaralda (6.9).

Tabla 2. Distribución de acciones de tutela por departamento, 2016

Departamento	Acciones de tutela	Participación	Tasa de tutelas por mil habitantes	Tasa de tutelas por mil afiliados
Antioquia	36.794	23,18%	5,6	6
Bogotá, D.C.	17.384	10,95%	2,2	2,3
Valle del Cauca	17.291	10,89%	3,7	4
Caldas	9.177	5,78%	9,3	10,5
Santander	9.164	5,77%	4,4	4,5
Norte de Santander	8.854	5,58%	6,5	6,5
Risaralda	6.287	3,96%	6,6	6,9
Tolima	5.475	3,45%	3,9	4,5
Quindío	3.930	2,48%	6,9	7,8
Cauca	3.832	2,41%	2,8	3,1
Córdoba	3.793	2,39%	2,2	2,3
Cesar	3.736	2,35%	3,6	3,3
Bolívar	3.679	2,32%	1,7	1,8
Huila	3.611	2,27%	3,1	3,3
Atlántico	3.578	2,25%	1,4	1,5
Nariño	3.319	2,09%	1,9	2,3
Meta	3.255	2,05%	3,3	3,5
Cundinamarca	3.190	2,01%	1,2	1,5
Boyacá	2.838	1,79%	2,2	2,5
Magdalena	2.126	1,34%	1,7	1,6

Sucre	1.817	1,14%	2,1	1,9
Caquetá	1.186	0,75%	2,5	3,1
Arauca	975	0,61%	3,7	4
Casanare	839	0,53%	2,3	2,2
La Guajira	691	0,44%	0,7	0,8
San Andrés Islas	427	0,27%	5,5	7,4
Putumayo	406	0,26%	1,2	1,3
Chocó	336	0,21%	0,7	0,8
Amazonas	209	0,13%	2,7	3
Guaviare	190	0,12%	1,7	2,6
Guainía	160	0,10%	3,8	3,5
Vaupés	112	0,07%	2,5	3,7
Vichada	94	0,06%	1,3	1,2

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016. Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.
Nota: Los datos corresponden a los registros enviados por la Corte hasta el 7 de diciembre de 2016.

A nivel municipal, en 977 municipios se presentó al menos una acción de tutela. El Santuario - Antioquia (23,53), Norcasia- Antioquia (22,42) y Salamina-Caldas (21,31) registraron la tasa de tutelas (por 1.000 habitantes) más alta, en comparación con Valencia - Córdoba (0,024), Sibate – Cundinamarca (0,026) y Dibulla – La Guajira (0,028), quienes registraron las tasas más bajas durante el 2016. Al agrupar los municipios por quintiles de acuerdo a su número de habitantes (Tabla 3), se observa que las dos ciudades más grandes del país concentran el 21% de la población con una tasa de 3.5 tutelas por cada mil habitantes, tasa cercana a la media nacional. Por su parte, los 869 municipios más pequeños concentran el 20% de la población y tienen una tasa de 1.5 tutelas por cada mil habitantes. La mayor tasa de tutelas corresponde entonces a las ciudades con población entre 113.105 y 465.614 habitantes.

Llama especial atención las altas tasa de tutelas (por 1.000 habitantes) que se registraron en municipios como Bucaramanga (11,5), Cúcuta (10,0) y Ocaña (17,0), ciudades que hacen parte del cordón fronterizo con Venezuela. Este comportamiento puede estar asociado a la llegada de venezolanos al país durante los últimos años. Según cifras de Migración Colombia, al final del 2016 aproximadamente 378.965 ciudadanos venezolanos ingresaron a territorio colombiano y en la actualidad alrededor de 470 mil ciudadanos, entre regulares e irregulares, se encuentran en el país, de los cuales 67 mil son beneficiarios del Permiso Especial de Permanencia (PEP) (Migración Colombia, 2017). Si bien es difícil hacer una inferencia causal, es posible que la migración de venezolanos esté presionando (aún más) los sistemas sociales y de asistencia sanitaria del país. Esto resulta en una situación compleja, en donde la capacidad de respuesta de la oferta social puede verse comprometida, dando como resultado la importante cantidad de recursos legales interpuestos.

Tabla 3. Tasa de tutelas por mil habitantes agrupadas por municipios según el tamaño de la población, año 2016

Agrupación de los municipios por quintiles de población	Municipios		Población		Tutelas		Tasa de tutelas por mil habitantes
	Q	%	Q	%	Q	%	
Quintil 1. Menor a 29.732	728	74,7	8.981.271	18,9	14.583	9,2	1,6
Quintil 2. Entre 29.770 y 112.790	188	19,3	9.349.356	19,7	21.546	13,6	2,3
Quintil 3. Entre 113.105 y 465.614	45	4,6	9.631.741	20,3	46.836	29,5	4,9
Quintil 4. Entre 472.000 y 2'394.925	11	1,1	8.988.771	19,0	40.330	25,4	4,5
Quintil 5. Mayor a 2'486.723	2	0,2	10.466.724	22,1	35.460	22,3	3,4
Total	974	100	47.417.863	100	158.755	100	3,3

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016. Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.
Nota: Los datos corresponden a los registros enviados por la Corte hasta el 7 de diciembre de 2016.

2.2 Distribución de las tutelas por tipo de institución demandada

De acuerdo con la información suministrada por las Honorable Corte Constitucional, en 2016 el 86% de las tutelas en salud fueron dirigidas a Empresas Promotoras de Salud (EPS), el 5,7% a entidades públicas, el 2,9% a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el 2,4% a Regímenes especiales, de excepción y empresas adaptadas (RE y EA), el 2,3% a otras instituciones[3], el 0,6% a Administradoras de Riesgo Laborales (ARL) y el 0,1% a Empresas de Medicina Prepagada (MP).

Las tres principales EPS con mayor número de tutelas por afiliado para el año 2016 fueron Savia Salud (7,4 tutelas por cada 1.000 afiliados), Nueva EPS (4,9), EPS Coomeva (4,9) y Cafesalud EPS (4,2) (Tabla 4). Entre las EPS indígenas, Pijaos, Mallamás y AIC reportaron la mayor tasa de tutelas con 0,8, 0,7 y 0,4 por cada mil afiliados, respectivamente. Es importante anotar que la información entregada por la Honorable Corte Constitucional no permite hacer la clasificación de los litigios en salud de acuerdo al régimen de salud (contributivo, subsidiado o de excepción) al que pertenece el demandante.

Tabla 4. Distribución del Total de Tutelas según EPS por cada 1.000 afiliados, 2016

EPS	Afiliados 2016	Tutelas	Tasa / mil
Savia Salud	1.665.271	12.393	7,4
Nueva EPS (incluye Caprecom)	4.149.506	20.538	4,9

[3] Incluye Instituciones de la rama ejecutiva del orden nacional y departamental) y organismos de control. Además de INPEC y FOSYGA y otro tipo de institución.

Coomeva	2.861.728	13.945	4,9
Cafesalud EPS (Incluye Saludcoop)	5.583.469	23.697	4,2
Ecoopsos	300.163	1.229	4,1
Eps Sos	936.200	3.580	3,8
Cruz blanca	563.768	2.108	3,7
Asmet Salud	1.932.488	6.521	3,4
Comfamiliar Huila	523.173	1.548	3,0
Capital Salud	1.169.400	3.440	2,9
Saludvida	1.321.669	3.863	2,9
Comfaoriente	108.030	295	2,7
Salud total	2.384.687	6.214	2,6
Emssanar	1.897.972	4.662	2,5
Comfacundi	116.422	278	2,4
Comfenalco Valle	244.903	582	2,4
Comparta	1.845.638	3.781	2,0
Convida	563.536	1.083	1,9
Coosalud	1.941.042	3.584	1,8
Comfaboy	103.593	184	1,8
Emdisalud	466.213	723	1,6
Sanitas	1.857.825	2.657	1,4
Sura	2.602.087	3.594	1,4
Ambuq	931.738	1.263	1,4
Comfacor	600.477	763	1,3
Aliansalud	205.899	250	1,2
Cajacopi	693.953	743	1,1
Capresoca	177.318	187	1,1
Comfachoco	156.310	126	0,8
Compensar	1.253.053	989	0,8
Comfasucre	98.195	70	0,7
Famisanar	1.829.819	1.249	0,7
Mutual Ser	1.349.271	666	0,5
Comfamiliar Nariño	182.828	51	0,3
Comfamiliar Guajira	143.457	38	0,3
Comfamiliar Cartagena	205.646	35	0,2
EPS Indígenas			
Pijaos	79.846	62	0,8
Mallamas	283.218	196	0,7

Manexka	212.698	61	0,3
Aic	444.189	197	0,4
Anas Wayuu	131.947	29	0,2
Dusakawi	199.838	43	0,2

Nota: 937 tutelas no fue posible identificar plenamente la EPS.
Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

3 METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

La presente sección describe el diseño de la muestra de tutelas para el año 2016, el instrumento de recolección utilizado en el trabajo de campo para levantar la información relevante de cada una de las tutelas seleccionadas en la muestra, el procesamiento de los datos recolectados y el plan de análisis de los mismos.

3.1 Diseño de la muestra

La población objetivo para la muestra la constituyen las tutelas que durante el año 2016 invocaron vulneraciones al derecho a la salud (164.274 tutelas). A su vez, el marco de muestreo está representado por las tutelas registradas en la base de datos de la Corte Constitucional, durante el año 2016. Se utilizó un método de muestreo probabilístico estratificado, en donde los estratos son los departamentos. Para encontrar el tamaño total de la muestra (n) se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{\varepsilon^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 PQ}$$

La precisión de las estimaciones se mide en términos del error máximo esperado ε, que en este caso es inferior al 5%. Adicionalmente, se contempló un nivel de confianza ($Z_{\alpha/2}^2$) del 95%.

Por su parte, se tomó una proporción de P=50%, de esta manera se genera la mayor variabilidad y por ende el mayor tamaño de muestra, con lo cual Q es igual a 50%. Al asumir este tamaño de muestra que se está garantizando el cubrimiento para fenómenos de ocurrencia inferior. El tamaño de la muestra fue de 6.299 tutelas de salud para el total del año, la cual incluye un sobre-muestreo del 3% con respecto a la muestra misma. La muestra se recolectó como una encuesta continua a lo largo de las semanas[4] del año, con lo cual se va acumulando la muestra para el período anual. La selección de la muestra se obtuvo con un criterio de fijación proporcional por departamento.

[4] La periodicidad semanal fue fijada como una regla por la Corte Constitucional en el Auto 061 de 2014. Semanalmente la Corte Constitucional emite al Ministerio las tutelas clasificadas como de salud y partiendo de esta base se seleccionan las tutelas que hacen parte de la muestra siguiendo la metodología descrita en esta sección.

Cabe reiterar que la unidad de análisis es la acción de tutela que se remite a la Corte Constitucional para su eventual revisión y que invocó el derecho a la salud en el año 2016.

3.2 Marco estadístico

La base de datos suministrada por la Corte Constitucional contiene los siguientes campos, de los cuales se le agrega el Departamento para poder realizar la muestra que se recolecta semanalmente:

- **Fecha en la secretaria**: Fecha en la cual llega al despacho de la Corte.
- **Demandante**: Quien interpuso la acción de tutela
- **Demandado**: contra quien se interpone la acción
- **Juez de Primera Instancia**. Este campo involucra los siguientes factores: departamento, ciudad y juzgado, que fueron utilizados individualmente.
- **Juez de Segunda Instancia**. Este campo involucra los factores: ciudad y juzgado.
- **Primera Instancia**. Hace referencia a la decisión del juez de primera Instancia.
- **Segunda Instancia**. Hace referencia a la decisión del juez de segunda Instancia.
- **Municipio**: Lugar donde fue fallada la tutela

3.3 Instrumento para la recolección de la información

Una de las principales fortalezas metodológicas de este informe es la posibilidad de revisar de primera mano el expediente completo de cada una de las tutelas seleccionadas y el levantamiento de la información relevante a través de un formato estandarizado. El trabajo de campo (recolección de la información a partir de los expedientes físicos) fue realizado por personal contratado y supervisado por el MSPS, el cual ha recibido de manera constante capacitación y entrenamiento respecto a las problemáticas propias del sector salud. El personal contratado estuvo sujeto a la reserva de la información y al respeto de las reglas fijadas por la Honorable Corte Constitucional.

El formato de recolección de información se diseñó para responder 4 preguntas, las cuales se presentan en el siguiente cuadro, divididas en tres módulos:

Tabla 5. Preguntas guía para el formato de recolección

Módulo	Pregunta	Principales variables recolectadas
A. Caracterización de las tutelas	1. ¿Cuáles son las características de los tutelantes (régimen, EPS, niveles de ingreso)?	-Identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos -Identificación de la persona quien interpone la tutela -Régimen de salud y calidad de afiliación (beneficiario o cotizante) -Fecha de nacimiento y sexo -Vinculación laboral -Departamento y municipio

B. Análisis detallado de las solicitudes	2. ¿Cuál es el número de tutelas asociadas a los problemas jurídicos mencionados por la sentencia T-760 para 2016?	-Tipo de solicitud -Clasificación de la solicitud enmarcada en los problemas jurídicos de la Sentencia T-760
	3. ¿Cuál es la composición de las solicitudes realizadas por los tutelantes en el año 2016?	-Frecuencia del total de solicitudes (una tutela puede tener varias solicitudes) -Composición de las solicitudes por el tipo de servicios de salud (medicamentos, tratamientos, etc.)
C. Análisis de la decisión judicial	4. ¿Cuáles son las características de las decisiones judiciales?	-Decisión de primera instancia -Recursos utilizados en primera instancia (CTC, orden médica, análisis de capacidad de pago) -Apelación

Fuente: Elaboración propia, MSPS.

Es importante tener en cuenta que todo informe que pretenda medir las acciones de tutela en el marco de la Sentencia T-760 de 2008 debe contemplar en su análisis los problemas jurídicos planteados en la sentencia. En este sentido, tanto el instrumento de recolección de la información como el análisis mismo se han diseñado reconociendo dichos problemas jurídicos a través de categorías de agrupación de los datos. Por tanto, el entendimiento de esta problemática por parte del presente informe y este Ministerio no solo sigue la misma línea que la Honorable Corte Constitucional trazó sino que la profundiza.

4 RESULTADOS: ANÁLISIS DE LAS TUTELAS Y LAS SOLICITUDES

La información que se expone a continuación se construye a partir del análisis de los expedientes de acciones de tutelas correspondiente a la muestra arriba descrita.

El número total de expedientes examinados por el MSPS fue de 6.299. De este total de casos se analizó el derecho de salud invocado; características demográficas; régimen de afiliación; naturaleza del accionante y naturaleza del demandando.

Este perfil de las acciones de tutela es clave para establecer los factores sociales y demográficos de los tutelantes que influyen en la decisión de accionar el sistema judicial a través del mecanismo de tutela. Así mismo, es determinante para la toma de decisiones por parte del operador Judicial y se convierten además en indicativos para la identificación de prioridades en el marco de las políticas en salud.

4.1 Derechos invocados

Se encontró que el mayor derecho invocado por los accionantes era el derecho a la salud con una participación de 95.9%[5]. Por su parte, la violación de derechos fundamentales como el del trabajo, el derecho de petición, seguido de la reclamación a la vida digna, correspondieron al 4% del total de las acciones de tutela analizadas (Tabla 6). Cabe anotar, que esta información corresponde al derecho invocado por la persona al momento de interponer la tutela, más no se debe confundir con el resultado del análisis del ámbito de la salud y no salud, mencionado en otros apartes de este documento.

Tabla 6. Relación de acciones de tutela por derecho invocado

Derecho invocado	N° Tutelas	Participación (%)
Salud	6.042	95,9%
Vida	94	1%
Presentar peticiones	68	1,1%
Trabajo	46	0,7%
Otros	39	0,6%
Debido Proceso	10	0,2%
Total	**6.299**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

Cabe mencionar que también fueron agrupados casos bajo la variable *otros* que corresponde a violaciones de otro tipo de derechos como los el derecho colectivo y del ambiente, y los relacionados con los sociales, económicos y culturales.

4.2 Existencia de representación en las acciones de tutelas

Por regla general la acción de tutela es interpuesta directamente por la persona a la cual se le estén vulnerando sus derechos fundamentales, dado que no se requiere apoderado para el efecto, sin perjuicio de que se pueda ejercer a través de un apoderado. De la misma manera, es procedente actuar mediante una agencia oficiosa, que puede ser ejercida por cualquier persona, siempre y cuando: (i) la persona titular de los derechos fundamentales invocados como vulnerados o violados no se encuentre en condiciones de ejercer por sí misma la defensa de sus derechos y; (ii) quien actúe como agente oficioso manifieste tal condición.

En el análisis realizado se pudo evidenciar que el 50% de los accionantes lo realizan a título propio, y se da en una mayor proporción en los grupos de edades entre los 45 a 64 años,

[5] Es importante recordar que dentro de estas acciones se encuentran las enunciadas en la sección 3.1 (3% de los que invocaron la vulneración del derecho a la salud) que se excluyeron del análisis por estar mal catalogadas, por lo que se sumarían a las acciones que invocan otro derecho.

seguido de la representación por agencia oficiosa con un 29%. Llama la atención que el grupo etario al cual se presenta más esta figura jurídica es en los mayores de 65 años y más.

Tabla 7. Distribución por formas de representación en las acciones de tutela Vs Rango de edad

Formas de representación	Representación por rango de edad								
	<1	**1 a 5**	**6 a 14**	**15 a 44**	**45 a 64**	**65 o más**	**No especifica**	**Total**	**Part. (%)**
A título propio*	6	166	214	828	841	826	256	3.137	50%
Otra forma de agencia oficiosa	4	65	130	452	477	505	189	1.822	29%
Curador tutor padres	2	40	58	220	266	228	36	850	13%
Personería defensoría del pueblo ICBF	0	20	14	84	72	86	21	297	5%
Representada por Abogado	0	10	10	54	67	40	11	192	3%
Representante legal de la entidad	0	0	0	0	1	0	0	1	0%
TOTAL	12	301	426	1.638	1.724	1.685	513	6.299	100%

*Para el caso concreto de los menores de 18 años, durante el levantamiento de información no fue posible clarificar si la acción de tutela fue interpuesta por una persona diferente a quien se vulnera el derecho.

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

4.3 Características de los tutelantes

Del total de tutelas en salud de la muestra, el 53% fueron interpuestas por mujeres y el 47% restante por hombres. En relación con la edad, se observa que los grupos de 15-44 años, 45-64 años y mayores de 65 años son los que mayormente invocan la vulneración de un derecho por vía tutela, con una participación promedio en cada uno de estos grupos de 26% y 27% para los dos últimos, respectivamente (Tabla 8). Igualmente, al analizar la distribución por edad y sexo, se observa que las mujeres por lo general registran una mayor participación al solicitar esta acción constitucional, con una diferencia cercana a los seis puntos porcentuales frente a su contraparte masculina (a excepción del rango de edad de 6 a 14 años).

Tabla 8. Distribución por género y rango de edad.

Especificación por género y rango de edad						
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menores 1 año	5	42%	7	58%	12	0%
1 a 5 años	178	59%	123	41%	301	5%
6 a 14 años	241	57%	185	43%	426	7%
15 a 44 años	744	45%	894	55%	1.638	26%

45 a 64 años	719	42%	1.005	58%	1.724	27%
Mayores de 65 años	743	44%	942	56%	1.685	27%
No especifica	314	61%	199	39%	513	8%
Total	2.944	47%	3.355	53%	6.299	100%

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

Teniendo en cuenta el número de acciones de tutelas frente a la información poblacional por rango de edades, el rango de edad que más utiliza la acción de tutelas para acceder a los servicios de salud es la población con un rango de edad superior a los 65 años seguido por la población entre 45 y 64 años. La población que en menor medida utiliza este recurso es la población menor de 1 año y la población entre 6 y 14 años (Tabla 9).

Lo anterior, guarda coherencia con la transición epidemiológica y la carga de enfermedad para el caso de la población entre los rangos entre los 44 y 64 años y más de 64 años[6]. El envejecimiento de la población por lo general genera una mayor presión sobre los servicios de salud debido a las mayores necesidades en salud de este grupo poblacional.

Tabla 9. Tasa de tutelas (por cada 10.000 personas por rango de edad).

Edad	Tasa
Menores 1 año	4
1 a 5 años	20
6 a 14 años	16
15 a 44 años	21
45 a 64 años	50
Mayores de 65 años	158

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos entregados por la Honorable Corte Constitucional.

4.4 Personas en situación de vulnerabilidad

En correspondencia con las dinámicas demográficas arriba descritas, las personas de la tercera edad son el grupo en situación de vulnerabilidad que presenta mayor número de acciones de tutela frente a los demás grupos en situación de vulnerabilidad (participación del 33,4%).

Tabla 10. Distribución de acciones de tutela por grupos vulnerables

Grupos Vulnerables	Cantidad de casos	%
La tercera edad (mayores de 60 años)	2.105	33,4%
Niños y niñas (hasta los 12 años)	703	11,2%

[6] El país ha venido experimentado una transición demográfica con disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y aumento de la edad promedio, con sus consecuentes cambios en el perfil epidemiológico, caracterizados por el aumento pronunciado y sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles, propias de la población adulta y adulta mayor.

Persona con discapacidad	150	2,4%
Reclusos	131	2,1%
La mujer embarazada	99	1,6%
Víctimas de violencia y del conflicto armado (se incluyen víctimas de violencia sexual y desplazados)	43	0,7%
Indígenas y minorías étnicas	13	0,2%
Personas en estado de indigencia	5	0,1%
Veteranos de la fuerza publica	4	0,1%
Personas con enfermedades huérfanas	1	0,0%
Poblacion general	3.045	48,3%
Total general	**6.299**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

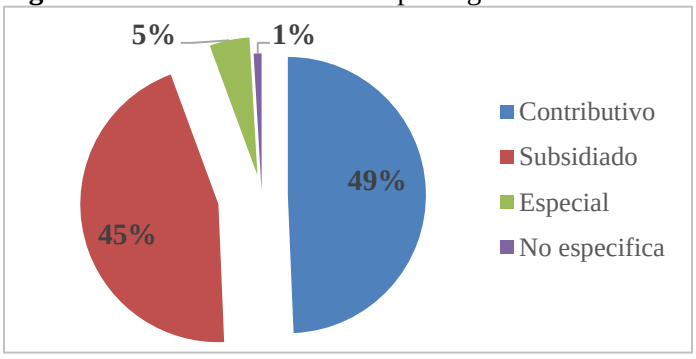
La jurisprudencia y normas existentes han definido grupos que por sus condiciones físicas, económicas, étnicas, edad, condición sexual, y contexto geopolítico gozan de especial protección y de unas garantías preferenciales. Por esta razón, se decidió observar cuantos de los accionantes a los que le son vulnerados sus derechos, adicionalmente tienen una condición que lleva consigo implícitamente una connotación de indefensión u minusvalía.

4.5 Régimen de afiliación y naturaleza de entidades demandadas

Frente al régimen de aseguramiento de la totalidad de los tutelantes, de total de tutelas en salud interpuestas en el 2016, los demandantes fueron principalmente afiliados al régimen contributivo (49%), seguidos por afiliados pertenecientes al régimen subsidiado (45%) (

Figura **2**). Lo anterior es - parcialmente - consistente con la distribución poblacional del aseguramiento: para el año 2016, del total de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 47,6% pertenecían al régimen contributivo (22.199.204), el 47,5 al régimen subsidiado (22.171.463) y el 4,8% a regímenes de excepción (2.260.693).

Figura 2. Distribución de tutelas por régimen de afiliación



Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

4.6 Caracterización de los problemas jurídicos y servicios

Para presentar los resultados obtenidos de este análisis se exponen en primer lugar las solicitudes, enmarcadas en los problemas jurídicos de la sentencia T-760; es decir, los motivos que originan la tutela. En segundo lugar se expone el tipo de servicios de salud que los demandantes reclamaron vía tutela. En este sentido, el análisis parte por analizar 6.096 expedientes relacionados con el ámbito de salud (i.e. se excluyen las tutelas que, aunque fueron categorizadas por la Corte como tutelas en salud, en realidad corresponden a otra materia, según se explicó en la sección 0).

4.6.1 Análisis de las solicitudes

Con el fin de identificar las causas que dieron origen a la instauración de las acciones de tutela por parte de los usuarios, fue necesario determinar criterios de selección que agruparan aspectos que dieran cuenta de los motivos por los cuales los afiliados al SGSSS sintieron una vulneración al derecho de la salud en el 2016.

La inclusión de dichas categorías y subcategorías de clasificación permite a las instancias regulatorias adoptar medidas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, así como a los organismos de inspección, vigilancia y control, enfocar acciones de evaluación y seguimiento.

Antes de ahondar en la descripción de los principales resultados, es importante aclarar que el número de solicitudes es mayor que el número de acciones de tutelas. Lo anterior debido a que en cada acción de tutela (invocación del derecho) pueden (y de hecho se da en su mayoría) existir varias reclamaciones o solicitudes, razón por la cual en este aparte del documento la unidad de análisis es la solicitud y no necesariamente la tutela.

Adicionalmente, en una misma tutela y en una misma solicitud pueden estar incluidos varios servicios de salud. Por ejemplo, una tutela que puede clasificarse dentro de las categorías de solicitud de (i)“servicio NO POS que fue aprobado pero que está demorado” y (ii) “solicitud de atención integral”, puede incluir la reclamación por varios servicios de salud como una cita con especialista, el inicio de un tratamiento farmacológico y una cirugía. En este caso, tenemos una (1) tutela, con dos (2) solicitudes y tres (3) servicios de salud.

En este orden de ideas, los análisis a partir del número de tutelas solamente son insuficientes y de acuerdo a la metodología sugerida por el MSPS, es mucho más preciso el diagnóstico de la situación a partir de la evaluación de las solicitudes. El otro punto desde el cual se puede hacer el análisis es el de los servicios de salud, pero siendo éste tan específico, no puede hacerse de manera aislada de los otros dos puesto que se incurriría nuevamente en una información insuficiente para entender la problemática por su especificidad.

En la Tabla 10 se presentan los resultados a partir de las solicitudes definidas para este estudio. En promedio se presentan dos solicitudes por tutela. Las causas que originan mayor

número de tutela son (i) “solicitud de atención integral” (29,6%) y (ii) “demora o retraso en la prestación de un servicio POS” (29,6%), seguido por (iii) “solicitud de servicio de salud NO-POS que fue aprobado pero esta demorado” (11,9%) y (iv) Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos (10,3%).

Es importante anotar que hay una diferencia significativa frente a lo presentado en el año 2015. Mientras que en ese año la solicitud de atención integral se encontraba en el 3% de las solicitudes, en 2016 experimentó un incremento exponencial situándose en la primera causa de solicitud. Cabe mencionar que esta clase de solicitud implica un escenario etéreo de petición, puesto que no es una reclamación específica por un servicio o tecnología en particular, según los expedientes de tutela analizados.

Tabla 10. Agrupación por tipo de solicitudes que originaron las acciones de tutela en salud, 2016

Tipo de solicitudes	Contributivo	Subsidiado	Especial & No especifica	Total	Participación (%)
(i) Solicitud de atención integral.	1.641	1.681	158	3.480	29,6%
(ii) Solicitud de servicio de salud pos que no ha sido negado pero está demorado	1.648	1.605	224	3.477	29,6%
(iii) Solicitud de servicio de salud no pos que fue aprobado pero esta demorado	642	695	57	1.394	11,9%
(iv) Solicitud de servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser no pos	551	619	39	1.209	10,3%
(v) Solicitud de servicio sin prescripción médica y negado por ser no pos	523	545	48	1.116	9,5%
(vi) Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos	326	315	16	657	5,6%
(vii) Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	59	41	3	103	0,9%
(viii) Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	56	22	8	86	0,7%
(ix) Solicitud de prestador especifico por parte del paciente, no existe una atención previa	45	26	6	77	0,7%
(x) Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	44	1	2	47	0,4%
(xi) Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	24	4	4	32	0,3%

(xii) Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.	29	-	0	29	0,2%
(xiii) Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica	17	5	2	24	0,2%
(xiv) Solicitud de documentos: historia clínica	8	2	2	12	0,1%
(xv) Solicitud de prestación de servicios que son negados porque el cotizante cambio su situación laboral a desempleado	9		1	10	0,1%
(xvi) Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.	7	-	0	7	0,1%
(xvii)Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.		1	0	1	0,0%
(xviii) Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega a pesar de haberse cumplido el tiempo necesario para poder trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica y, por tanto, debería esperar más tiempo para poder trasladarse.	1	-	0	1	0,0%
Total general	**5630**	**5562**	**570**	**11.762**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

Adicionalmente, es oportuno señalar que las categorías establecidas permiten establecer que la problemática frente a las solicitudes NO POS no se limita de forma exclusiva a la negación, sino que involucran unas particularidades de mayor complejidad. Aun así, sumando las categorías que involucran este tipo de demandas, bordean el 30% del total, lo que implica que no existe una única causa, ni siquiera una dicotomía, para la interposición de acciones de tutela.

En relación con los dos regímenes más importantes, contributivo y subsidiado, en ambos casos se encuentra un comportamiento similar al del total, con una distribución muy parecida de las cuatro categorías más prevalentes.

Sin embargo, para las categorías de solicitudes de menor prevalencia llama la atención algunas diferencias. En particular, las solicitudes en que se solicita un prestador puntual (viii y ix), un servicio negado por pertinencia médica o por no ser ordenado por médico adscrito a la red (xiii y xi) o una licencia de maternidad/paternidad o reconocimiento de incapacidad por enfermedad negada por pago (x y xii) se encuentra una mayor concentración (casi del doble) en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado.

4.6.2 Servicios solicitados

Como se señaló anteriormente, una tutela puede contener varias solicitudes. A su vez, dichas solicitudes pueden contemplan servicios específicos que pueden estar relacionados con tecnologías en salud o con trámites administrativos como documentos de historias clínicas, o con prestaciones sociales como lo son viáticos, manutención, entre otros. De esta manera, en la Tabla 11 se observa que el tratamiento integral (33,2%), los medicamentos (13,3%), los viáticos (9,2%) y las citas médicas (9,1%) son los servicios que más se reclaman.

Tabla 11. Agrupación por tipo de servicio, 2016

Servicio	Nº Casos	Part (%)
Tratamiento integral	3.908	33,2%
Medicamento	1.569	13,3%
Viáticos	1.083	9,2%
Citas medicas	1.069	9,1%
Cirugía plástica reparadora o funcional	789	6,7%
Procedimiento	556	4,7%
Insumo para el aseo personal	396	3,4%
Referencia y contrarreferencia	359	3,1%
Imagen diagnostica	329	2,8%
Afiliaciones	302	2,6%
Exámenes de laboratorio y complementarios	220	1,9%
Contingencias económicas	194	1,6%
Prótesis u ortesis	165	1,4%
Recurso humano (at)	160	1,4%
Suplemento dietario	133	1,1%
Dispositivo medico	118	1,0%
Atención domiciliaria (at)	94	0,8%
Servicio de ambulancia	76	0,6%
Material de curación	64	0,5%
Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento	62	0,5%
Cosméticos	55	0,5%
Enseres	21	0,2%
Análisis conductual aplicado (aba)	19	0,2%

Documentos	15	0,1%
Terapias aplicadas con música o animales	6	0,1%
Total general	**11.762**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

Los insumos para el aseo personal y los complementos nutricionales o suplementos dietarios son causa de acción de tutela debido a que la mayoría de ellos son servicios y tecnologías que no están financiados con recursos de la UPC y que los Comités Técnico Científicos (CTC) de las EPS los negaban de plano por considerarlos servicios que no debían ser cubiertos por el SGSSS.

La anterior situación también tiene impacto en la causa de reclamación de "tratamientos integrales" por el temor de los pacientes que durante la ejecución de un tratamiento determinado esos servicios y tecnologías prescritos por el médico tratante no fueran suministrados oportunamente. Lo anterior debido a los diferentes trámites administrativos que se debe seguir para obtener las correspondientes autorizaciones, interrumpiendo el normal transcurrir del tratamiento.

Las acciones que solicitan la entrega de medicamentos, las prácticas de cirugías plásticas reparadoras o funcionales y la realización de algunos procedimientos o entrega de insumos, pueden tener como causa la falta de claridad que tienen las entidades aseguradoras, los médicos tratantes y los usuarios acerca de lo que se encuentra incluido en el plan de beneficios y se financia con recursos de la UPC, lo que no se encuentra incluido en el plan de beneficios pero que se financia con recursos del Sistema de Salud dado su pertinencia y cumplimiento de las subreglas establecidas por esa Corte y lo que definitivamente se trata de servicios que no deben ser financiados con recursos del sistema.

Con respecto a la causa relacionada con la "referencia y contrareferencia", ésta puede estar evidenciada principalmente por el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores, los deficientes procesos de articulación entre los mismos y a la baja oferta de servicios de salud con calidad que tienen los prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención.

Al respecto, vale la pena señalar que a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; mientras que hay un crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%. Adicionalmente, los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura (MSPS, 2016, pág. 14).

Así mismo, con base en los indicadores calculados por el MSPS a partir de la información reportada por las IPS públicas en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004[7], entre los años 2007 y 2012 los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; mientras que los niveles de ocupación en el primer nivel de atención no alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con tasa de ocupación por encima de 97% en el segundo nivel y de 91% en el tercer nivel. La limitación en la respuesta ha sido creciente en los últimos años. Como un ejemplo alarmante sobre el particular tenemos se encuentra que en 2007 el 48% de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, mientras que para el 2012 el 88% generaban esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 a 46% en 2013 (Ibíd, pág. 15).

Por otro lado, al indagar por el tipo de citas médicas que se solicitan, existe una amplia variabilidad de los datos, sin ser posible identificar una especialidad dominante, siendo la más solicitada medicina interna (7,6%) (Tabla 12). En términos generales, sin embargo, si es posible afirmar que ciertas especialidades médicas - y no la atención por medicina general - son las más solicitadas vía acción de tutela.

Tabla 12. Distribución por especialidad médica (incluye medicina general) requerida en el servicio de citas médicas

Especialidad médica	N° Casos	% Part
Medicina interna	81	7,6%
Oftalmología retinología	80	7,5%
Ortopedia	80	7,5%
Neurología	77	7,2%
Urología	53	5,0%
Medicina del trabajo del deporte	49	4,6%
Medicina general	48	4,5%
Cirugía general	40	3,7%
Psiquiatría	37	3,5%
Cardiología	37	3,5%
Oncología	36	3,4%
Ginecología y obstetricia	35	3,3%
Fisiatría	33	3,1%
Gastroenterología	32	3,0%
Anestesiología	30	2,8%
Otorrinolaringología	27	2,5%
Odontología	26	2,4%

[7] Decreto por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

Especialidad médica	N° Casos	% Part
Pediatría	23	2,2%
Angiología y cirugía vascular	23	2,2%
Dermatología	20	1,9%
Endocrinología	19	1,8%
Neurocirugía	18	1,7%
Neumología	18	1,7%
Reumatología	17	1,6%
Cirugía plástica, estética y reparadora	16	1,5%
Nutricionista	13	1,2%
Nefrología	12	1,1%
Hematología	11	1,0%
Infectología	9	0,8%
Traumatología	9	0,8%
Neuropsicología	8	0,7%
Cirugía ortopédica y traumatología	7	0,7%
Cirugía cardiovascular	7	0,7%
Alergología	6	0,6%
Genetista	6	0,6%
Neuropediatría	5	0,5%
Cirugía oral y maxilofacial	5	0,5%
Hepatología	4	0,4%
Toxicología	3	0,3%
No aplica	3	0,3%
Cirugía torácica	2	0,2%
Radiología	1	0,1%
Cirugía pediátrica	1	0,1%
Cirujano cardiovascular	1	0,1%
Medicina familiar	1	0,1%
Total general	**1.069**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

La oportunidad en la asignación de citas médicas especializadas puede verse afectada por diversas causas entre otras:

i. Escasez de especialistas para la demanda requerida. "*…en el marco de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), de acuerdo a lo definido en la Resolución 429 de 2016 de este Ministerio, con el que se espera, entre otras cosas, fortalecer el trabajo interprofesional y colaborativo entre los diferentes*

perfiles. Así mismo, se busca mejorar la resolutividad y pertinencia en los equipos multidisciplinarios de salud del componente primario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución 1441 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.)".

ii. Concentración de especialistas en las grandes urbes del territorio nacional. De acuerdo con el Registro Único de Talento humano en Salud (ReTHUS) y la ubicación laboral reportada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al SGSSS, para el año 2016 se observa una mayor densidad de profesionales de la salud en las zonas urbanas (102 por cada 10 mil habitantes), respecto a las zonas rurales (40,8) y dispersas (28,1).

iii. Saturación de solicitudes de atención por especialista debido a la baja capacidad resolutoria del personal de la salud de los primeros niveles de atención, que remiten los casos a prestadores de mayor complejidad. La baja resolutividad se presenta no solamente para la atención sino para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo. El perfil del médico general y de las especialidades médicas básicas muestran obsolescencia y subutilización en los servicios, los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeros han perdido la mayor parte de la capacidad y competencias para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, y todos ellos no muestran competencias para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación hospitalocéntricos. Algunos perfiles han desaparecido; entre ellos, el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública que deben hacer parte del talento humano en salud para contribuir con acciones de promoción y prevención. El sistema pone su capacidad de respuesta principalmente en los médicos especialistas cuando ésta atención debe ser excepcional (MSPS, 2016, pág. 21)

4.7 Caracterización de las decisiones judiciales

En esta sección se aborda desde lo consignado en la tutela, las diferentes herramientas con la que cuenta el juez para proferir su decisión. Del mismo modo, se detalla la identificación del demandado, el papel que juega éste en todo el proceso de la tutela, el sentido de las decisiones judiciales, entre otros. Sin embargo, y tal como se expresó en la parte introductoria, se está realizando la debida minería de los datos con distintas fuentes de información adicionales con la finalidad de contar con escenario más amplio para entender mejor la problemática.

4.7.1 Sentido de las decisiones de Primera Instancia

De los 6.096 expedientes analizados, en el 65,0% se concede todo lo solicitado y en el 21,9% de los casos se concede de manera parcial lo solicitado por el demandante. En aproximadamente el 12% de los casos fue negada la tutela principalmente por considerase un hecho superado o por ser considerado improcedente (Tabla 13).

Tabla 13. Agrupación de decisiones judiciales de primera instancia

Decisiones judiciales de Primera Instancia	Nº Casos	Participación (%)
Concede todo lo solicitado	3.963	65,0%
Concede parcialmente lo solicitado	1.335	21,9%
Niega lo solicitado porque es un hecho superado porque se suministró el servicio mientras se tramitaba la tutela	462	7,6%
Niega por improcedente	255	4,2%
Niega lo solicitado porque se concluyó que el servicio no era necesario para proteger la vida o la integridad del paciente	21	0,3%
Niega por una acción temeraria	19	0,3%
Niega lo solicitado por daño consumado por muerte del demandante	9	0,1%
Niega porque existían otros recursos o medios de defensa	9	0,1%
Niega porque se trata de hechos de carácter general impersonal o abstractos	8	0,1%
Sin Decisión	8	0,1%
Niega lo solicitado porque el demandante tenía capacidad económica	5	0,1%
Niega lo solicitado porque el médico que ordenó el servicio no hacía parte de la red	2	0,0%
Total general	**6.096**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

En contraste, sólo el 12,6% impugnó la decisión judicial, mientras en el 82,0% de los casos quedo en firme la decisión de primera instancia (Tabla 14).

Tabla 14. Relación de acuerdo a la impugnación del fallo de primera instancia

Impugnación de fallo primera instancia	Nº Casos	%
No se impugnó	5.000	82,0%
Impugnó la EPS	767	12,6%
Impugnó el demandante	198	3,2%
Sin dato	32	0,5%
Impugnó el Ministerio de protección social	25	0,4%
Impugnó régimen de excepción - otras entidades relacionadas	19	0,3%
Impugnó la IPS	15	0,2%
Impugnó EPS - otras entidades relacionadas	9	0,1%
Impugnó EPS - entidad territorial	8	0,1%
Impugnó EPS - prestador de servicios de salud	5	0,1%
Impugnó entidad territorial - otras entidades relacionadas	4	0,1%
Impugnó prestador de servicios de salud - régimen de excepción	4	0,1%
Impugnó prestador de servicios de salud - entidad territorial	3	0,0%
Impugnó entidad territorial	2	0,0%

Impugnación de fallo primera instancia	Nº Casos	%
Impugnó EPS - entidad territorial - régimen de excepción	2	0,0%
Impugnó entidad territorial - régimen de excepción	1	0,0%
Impugnó EPS - prestador de servicios de salud - otras entidades relacionadas	1	0,0%
Impugnó otras entidades	1	0,0%
Total general	**6.096**	**100,0%**

Fuente: Construcción propia MSPS, 2016, Datos recogidos de los expedientes de tutela de la HCC.

5 MEDIDAS ADOPTADAS EN LA VIGENCIA 2016

A continuación se describen las principales acciones de reglamentación, de política pública y de rectoría que este Ministerio ha realizado para continuar impactando positivamente el sector y hacer frente a las problemáticas que dan origen a la interposición de tutelas en salud.

5.1 Herramienta tecnológica Mipres

Antecedentes

Antes de la generación de la herramienta, tratándose de afiliados al régimen contributivo, se seguía el siguiente procedimiento para la autorización, reconocimiento y prestación a los usuarios de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC:

i. Si una IPS, a través de sus profesionales, identificaba que un usuario requería este tipo de servicios, debía elevar la solicitud de análisis ante el Comité Técnico Científico (CTC), con el propósito que éste determinara si era pertinente la solicitud, estudiando el historial clínico del paciente y aquellos servicios y tecnologías disponibles dentro del POS.
ii. El CTC se pronunciaba a través de un acta, cuyo formato fue adaptado por el MSPS, que se comunicaba al prestador de servicios de salud para que, en caso de haber sido aprobado, lo suministrara al usuario.
iii. Si se trataba de un caso catalogado como urgencia, con el propósito de no poner en riesgo la vida e integridad de los usuarios, los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC eran suministrados al usuario en una primera instancia y posteriormente se solicitaba su aprobación ante el CTC.
iv. Luego del suministro al paciente, Las IPS debían presentar ante la EPS los soportes documentales establecidos en los reglamentos expedidos por el MSPS para lograr el pago de esos servicios.
v. Si la EPS pagaba a sus prestadores tales servicios, se iniciaba el trámite del recobro ante el FOSYGA para obtener el desembolso del recurso y si no lo hacía, presentaba ante el FOSYGA todos los soportes documentales mencionados con una certificación de haber sido pagados al prestador para que luego de adelantar el proceso de revisión y control el FOSYGA desembolsara el recurso directamente al prestador.

Descripción del nuevo procedimiento: Herramienta Mipres

El nuevo proceso de acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC incluyó el desarrollo de un aplicativo en línea dispuesto por el MSPS, denominado Mipres.

El aplicativo está diseñado para registrar y reportar las prescripciones de los servicios y/o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así como las prestaciones de servicios complementarios, soporte nutricional y prescripción excepcional de medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario), que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario del país otorgado por el INVIMA, y que son realizadas por los profesionales de la salud tratantes.

Para efectuar el ingreso al mencionado aplicativo el profesional de la salud debe estar registrado ante el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS). Una vez esto es validado, se le asigna un usuario y clave (único e intransferible) y le permite ingresar desde cualquier IPS ubicada en el territorio colombiano, siempre y cuando haya sido autorizado por la respectiva IPS o EPS según corresponda.

Una vez el profesional de la salud ingresa al aplicativo debe seguir los siguientes pasos para efectuar la prescripción:

i. Seleccionar la IPS a la cual está adscrita.
ii. Registrar el tipo y número de identificación del usuario, una vez los ingrese, el aplicativo se alimentará con los datos registrados en la BDUA.
iii. Seleccionar el diagnóstico del usuario de la tabla de referencia disponible en el aplicativo, esto es CIE-10. En caso de que el usuario tenga una enfermedad huérfana, además del CIE-10 deberá seleccionar la respectiva enfermedad de la tabla de referencia disponible.
iv. El aplicativo se encuentra diseñado por módulos que corresponden a medicamentos, procedimientos, dispositivos e insumos, productos de soporte nutricional y servicios complementarios, por lo tanto, es el profesional de la salud quien selecciona el módulo e ingresa la prescripción de acuerdo a lo requerido, para ello en cada módulo encontrará las tablas de referencia pertinentes, esto es:
    a. Medicamentos: Tabla de referencia de principios activos no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, con la respectiva información de concentración y forma farmacéutica. Para los medicamentos que tiene un condicionamiento en el PBS-UPC o del listado UNIRS, se genera una alerta para que el profesional de la salud lo tenga en cuenta.
    b. Procedimientos: Listado de procedimientos de acuerdo a lo definido en la CUPS que no se encuentren cubiertos en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC.
    c. Dispositivos e insumos: Corresponde aquellos dispositivos médicos e insumos que superan los topes cubiertos por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC.
    d. Soporte Nutricional: Aquellos productos nutricionales que según el INVIMA, corresponden a productos nutricionales con propósito médico, en caso de que se

prescriban en el ámbito ambulatorio requerirán el análisis de Junta de Profesionales de la Salud.

e. Servicios complementarios: Se encuentra un listado de servicios que, si bien, no son propiamente servicios de salud, los mismos si inciden en el goce efectivo del derecho a la salud. Sin embargo requiere análisis de la Junta de Profesionales de la Salud.
f. Una vez el profesional ha seleccionado el servicio o tecnología en salud a prescribir, deberá completar la información requerida con el aplicativo, que corresponde a los datos básicos (p.ej. cantidad, dosis, frecuencia), así como también se encontrará un espacio de justificación, en el cual el profesional de la salud deberá registrar clara y técnicamente el motivo por el cual prescribe el servicio o tecnología en salud y su asociación con el estado clínico del paciente.
g. Al finalizar la prescripción, el aplicativo genera un número que la identifica y que le permite al paciente exigir la prestación del servicio y a la EPS efectuar el recobro, toda vez que este número será el medio por el cual la EPS pueda observar la prescripción y efectuar el respectivo suministro al usuario de lo prescrito por el profesional de la salud. Lo anterior, salvo aquellos casos que requieren análisis de la Junta de Profesionales de la Salud dado que el número se generará únicamente cuando la IPS responsable de efectuar la Junta registre la decisión adoptada por la misma, momento en el cual la EPS podrá efectuar el suministro.
h. El profesional de la salud, deberá entregar al usuario copia de la prescripción efectuada en el aplicativo. Una vez el número de prescripción es generado por el aplicativo, queda registrado en la base de datos de MIPRES.

v. En tiempo real la EPS puede consultar el aplicativo y descargar la información de las prescripciones de sus usuarios.
vi. La EPS debe efectuar unas validaciones administrativas, orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación, resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio.
vii. Posteriormente, la EPS debe comunicar al usuario la fecha, la dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado, conforme a las condiciones tecnológicas, administrativas y operativas que se hayan establecido para tal fin por parte de la EPS y de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.
viii. Una vez la EPS ha efectuado el suministro al usuario, deberá reportarlo al MSPS de manera electrónica. Dicho reporte debe efectuarse por parte de la EPS mínimo cada 8 días y en este se reportara datos relacionados con: Fecha de suministro, número de entrega, tecnología entregada, IPS o proveedor que efectuó el suministro, causa de no entrega en los casos que aplique, entre otras.

Los medicamentos que están incluidos en la lista UNIRS y las prescripciones de soporte nutricional realizadas en el tipo de atención ambulatoria, serán analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud bajo criterios de pertinencia, que se discuten únicamente entre profesionales de la salud (al menos uno de ellos, par del prescriptor) siguiendo las subreglas desarrolladas por esa Corporación en la Sentencia T-160 de 2014, a saber:

"(…)

- *La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas.*
- *El servicio, intervención, procedimiento medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido en el POS y supla al excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad.*
- *El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero.*
- *Se colija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario. (…)"*[8]

Objetivos de la herramienta Mipres

La implementación del aplicativo web Mipres fundamenta su desarrollo en los artículos 6, 17 y 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015[9], de donde nacen sus objetivos principales, encaminados a:

i. Optimizar la oportunidad en la entrega de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC a los usuarios, ya que solo es necesaria la orden médica para que el asegurador suministre la prescripción efectuada.
ii. Gestionar la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho fundamental a la salud de toda la población, de acuerdo con los elementos y principios esenciales del mencionado derecho, en específico el de eficiencia.
iii. Permitir la trazabilidad de información y su disponibilidad en tiempo real, desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, provengan de una orden de un profesional de la salud y por lo tanto que su suministro y facturación sean coincidentes, favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

[8] *Tomado del numeral 5.7 Sentencia T-160/14*
[9] *Elementos y principios del derecho fundamental a la salud, Autonomía profesional y Política para el manejo de la información en salud.*

iv. Garantizar la autonomía de los profesionales de la salud, siempre que las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas.
v. Conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, para analizar con criterios de pertinencia médica las solicitudes de servicios complementarios[10], medicamentos que hagan parte del reporte de las Sociedades Científicas y de la lista de usos no indicados en el registro sanitario-UNIRS, así como aquellas prescripciones de soporte nutricional ambulatorio, para su respectiva aprobación o negación según corresponda.

5.1.1 Avances actuales y esperados en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud con la implementación de la herramienta Mipres

Reducción de barreras administrativas administrativas para el acceso a los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC

Al desaparecer la evaluación de pertinencia por parte del CTC, se espera reducir el tiempo de suministro del servicio o tecnología y los trámites para el usuario para el 94% de las solicitudes realizadas, ya que:

i. Una vez prescrito el servicio no se requiere autorización por parte de ningún tercero para acceder al mismo pues, siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, solo es necesaria la orden médica generada en el aplicativo web para que el asegurador garantice el goce efectivo de la prescripción realizada.
ii. La orden no requiere ser presentada por el usuario ante la EPS para su suministro, ya que en Mipres la información está en línea y, por lo tanto, disponible para el suministro en los tiempos establecidos en la normativa vigente.

En existencia de los CTC, el 100% de las solicitudes requerían autorización y posterior a la implementación del aplicativo web sólo el 6% requieren un concepto adicional, lo cual se traduce en una acción puntual encaminada a disminuir las acciones de tutela.

Reducción de las acciones constitucionales por servicios complementarios - Juntas de Profesionales de la Salud - Análisis de pertinencia de los servicios complementarios

Como se mencionó anteriormente, existen servicios complementarios tales como los medicamentos incluidos en la lista UNIRS y las prescripciones de soporte nutricional realizadas en el tipo de atención ambulatoria (entre todos constituyen el 6% de las solicitudes de recobro), cuya prescripción no es automática. Estos tendrán la

[10] *Corresponde a un servicio que, si bien, no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.*

oportunidad de ser analizados en una Junta de Profesionales idóneos que establecerán si tales servicios son requeridos por el paciente, de acuerdo a sus condiciones clínicas.

Históricamente, dadas las consideraciones que tenía en cuenta el CTC, estos servicios complementarios eran negados y por tanto los usuarios los obtenían a través de acciones de tutela. Con la herramienta adoptada, se permite el análisis bajo criterios de pertinencia emitidos por pares profesionales, para determinar la necesidad de su suministro en el caso en concreto, sin que se tenga que acudir a acciones constitucionales para su garantía cuando la misma es pertinente y favoreciendo los argumentos técnicos que soportan la no prestación en caso dado, por lo que se espera una reducción de las acciones de tutela por este concepto.

Estandarización del lenguaje de prescripción para tecnologías en salud

La implementación de Mipres propició avances importantes en la identificación única de medicamentos, la codificación única de procedimientos y las listas de prescripción para soporte nutricional en donde se encuentran los alimentos para propósito médico especial y otras para los servicios complementarios e insumos.

Lo anterior, unificó el lenguaje de la prescripción con lo cual se espera mejorar la calidad y contenido del registro. De igual manera, se espera eliminar las divergencias conceptuales acerca de lo que está y no está previsto en la cobertura del Plan de Beneficios, ya que en el aplicativo solo se registra aquello que no tiene cobertura y por lo tanto cuya vía de reconocimiento y pago es la del recobro/cobro.

Garantía en la integralidad de la prestación de servicios y reducción de las acciones de tutela por este concepto

El proceso de prescripción en el aplicativo Mipres descartó la prescripción desagregada de insumos, materiales, dispositivos y cualquier elemento que se requiera para llevar a cabo un procedimiento, ya que se entiende incluido todo lo considerado como necesario e insustituible para llevar a cabo la finalidad del mismo. En este sentido, se evitan los trámites por tecnologías en salud aisladas ya que se consideran parte de la integralidad de la prestación de servicios. En esta medida, se espera reducir el número de acciones de tutela que solicitan la cobertura integral de un servicio.

Información en todas las etapas del proceso

El desarrollo de Mipres permite el registro de información de la prescripción, desde la fuente primaria y generadora de la orden médica, es decir, del profesional de la salud a cargo. De esta manera las EPS cuentan con información en tiempo real para lograr la planeación oportuna de sus requerimientos, evitándole trámites al paciente tales como la presentación de solicitudes en los puntos de atención presencial o virtual. De igual forma las IPS disponen de la información que generan sus prescriptores para efectos de

auditoria de calidad y respuesta oportuna en los casos en que se requiera realizar una Junta de Profesionales para los servicios objeto de análisis de dichas Juntas.

Lo anterior permitirá al sistema de información del MSPS contar con registros estandarizados en tiempo real que orientarán acerca del comportamiento y tendencias en las formulaciones. En este sentido, la información que se tenía previa implementación de la herramienta y que corresponde a las solicitudes de recobro, se complementa con la de la prescripción y posterior reporte de suministro efectivo, permitiendo conocer la trazabilidad en el tiempo y con ello la oportunidad en la entrega.

Reporte del suministro efectivo

Se establece como obligatorio el reporte del suministro efectivo de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC por parte de la EPS, con lo cual es posible obtener datos relacionados con el tiempo que tarda cada aseguradora en hacer entrega efectiva de los servicios y control el cumplimiento de los términos establecidos en las normas vigentes para tal efecto, lo que permitirá adoptar las acciones de control a que haya lugar por parte de la autoridad competente para obligar a su cumplimiento, esperando la reducción de las acciones de tutela por este motivo.

5.2 Adopción y regulación del modelo integral de atención en salud - MIAS

La Ley 1751 de 2015, *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"* establece que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud e indica que le asiste al Estado la responsabilidad de organizar un sistema de salud que de manera coordinada y armónica, defina los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias facultades, obligaciones, derechos, deberes recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación, idóneas para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

Por su parte el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015[11] establece que el MSPS, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, debe definir la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

De acuerdo a tales competencias el MSPS, mediante la Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 trazó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), desarrollando un marco

[11] Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

estratégico y un modelo operacional que va a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes del sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), como modelo operacional de PAIS, es un conjunto de mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que incrementan la capacidad resolutiva de los servicios de salud, permiten la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva y permiten el flujo de información entre los usuarios y los actores del sistema de salud de una manera efectiva y acorde con las funciones y competencias de los actores del mismo (MSPS, 2016, págs. 45-46), a fin de generar mejores condiciones de salud de la población, a través del "acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" (Ley 1751, 2015).

Éste modelo pretende responder a las dificultades identificadas en el modelo de atención que funcionaba antes de su adopción, a través de un conjunto de herramientas[12], procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas (MSPS, 2016, pág. 46).

El Modelo propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas al mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad (Ibíd.).

El modelo cuenta con diez componentes operacionales, a saber:

i. **Caracterización poblacional**:

Consiste en organizar a la población según: el curso de vida, los grupos de riesgo[13] establecidos dentro del modelo y la identificación de sus necesidades, con el propósito de lograr una planeación de los servicios de salud que sea coherente con tales necesidades (Resolución 429, 2016).

[12] Políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos
[13]Los grupos de riesgo son grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (Documento de política PAIS).

La caracterización de la población está a cargo tanto de las Entidades Territoriales, que son responsables de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, como de las EPS y entidades que administran los regímenes especiales y de excepción que tienen a cargo la gestión del riesgo individual de sus afiliados, entidades que deben adelantar la caracterización para todos los ámbitos territoriales en donde esté habilitada.

La definición de grupos de riesgo se hace bajo los siguientes criterios: "*a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo*" (MSPS, 2016, pág. 49). A la fecha se identificaron para el país los siguientes grupos de riesgo:

Tabla 14. Grupos de riesgo para Colombia

	GRUPOS DE RIESGO	**EVENTOS ESPECÍFICOS**
1	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus; Accidentes cerebro-vasculares; Hipertensión Arterial Primaria (HTA), Enfermedad Isquémica Cardiaca, (IAM) Enfermedad Renal Crónica.
2	Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	EPOC.
3	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Deficiencias nutricionales específicamente anemia, Desnutrición, Sobrepeso y obesidad.
4	Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA: uso nocivo, sobredosis, dependencia, efectos agudos y crónicos sobre la salud, problemas sociales agudos y crónicos.
5	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión, demencia, esquizofrenia y suicidio
6	Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Caries, fluorosis, enfermedad periodontal, edentulismo, tejidos blandos y estomatosis
7	Población con riesgo o presencia de cáncer	Cáncer de: Piel no melanoma, mama, colon y recto, gástrico, cuello y LPC en diagramación, próstata, pulmón, leucemias y linfomas
8	Población en condición materno - perinatal	IVE, Hemorragias, trastornos hipertensivos, complicadas Infecciosas, endocrinológicas y metabólicas, enfermedades congénitas y metabólicas, genéticas, bajo peso, prematurez, asfixia
9	Población con riesgo o infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas.

		TS: VIH, HB, Sífilis, ETS ETA ERA, neumonía y EDA Inmuno-prevenibles.
10	Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico, accidente ofídico.
11	Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	
12	Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado, Violencia de género, Violencia por conflictividad social.
13	Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	
14	Población con riesgo o enfermedades raras	Hemofilia, fibrosis quística, artritis idiopática, distrofia muscular de Duchenne, Becker y distrofia miotónica.
15	Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos), ambliopía, glaucoma, cataratas, retinopatía del prematuro, visión baja, traumas del oído, hipoacusia, otitis y vértigo.
16	Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes	Enfermedades neurológicas, enfermedades del colágeno y artrosis

Fuente: MSPS, 2016. Documento de Política de Atención Integral en Salud, Pág 52.

La organización de la población por grupos de riesgo tiene como objetivo tiene como propósito definir una respuesta organizada y coherente en el proceso de atención del usuario que permite la gestión integral de su riesgo.

ii. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Las RIAS son una herramienta que define: (i) a los agentes del SGSSS; (ii) los actores de otros sectores que tienen incidencia en el estado de salud de las personas, las condiciones necesarias para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los distintos entornos y; (iii) las intervenciones que requiere el usuario para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación, de acuerdo al rol de cada actor, todo lo cual asegurando la integralidad en la atención (MSPS, 2016, págs. 49-50).

A partir de las RIAS se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. El MSPS, mediante Resolución 3202 de 2016 adoptó el "*Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS*". Así mismo planteó tres (3) tipos de RIAS:

a. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud: Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud

y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones.

b. Ruta de grupo de riesgo: Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento. El desarrollo de las RIAS responde a los grupos de riesgo definido para el país y arriba expuestos y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación.
c. Ruta específica de atención: esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.

En la mencionada Resolución 3202 de 2016, el MSPS también adoptó y desarrolló siete (7) de las diecisiete (17) Rutas Integrales de Atención en Salud, a saber:

- Para la promoción y mantenimiento de la salud.
- Para la población materno —perinatal.
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas (p.ej. Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus).
- Para la población con riesgo o presencia de cáncer (Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix).
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (Atención a la Desnutrición Aguda para menores de 5 años).
- Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas - Enfermedades transmitidas por vectores (p.ej. Chagas, Leishmaniosis, Malaria).

iii. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS)

La gestión integral del riego se materializa con la coordinación, ejecución y monitoreo por parte de todos los agente del sistema de acuerdo a sus competencias, de las acciones establecidas en cada RIA diseñada para cada grupo de riesgo y dirigidas a anticiparse a la ocurrencia de los eventos. La GIRS busca que los riesgos no se materialicen y por tanto los eventos no se presenten y en caso de presentarse, se pretende que los mismos no evolucionen y por tanto sus consecuencias sean menos severas (MSPS, 2016, págs. 58-61).

La entidad territorial debe garantizar y ejecutar la gestión colectiva del riesgo[14] y la EPS debe garantizar la gestión del riesgo individual a través de la red de prestadores de servicios de

[14] La entidad territorial es la responsable de la "*identificación, análisis e intervención de riesgos colectivos en salud, de la comunicación del riesgo a la población y del análisis de la percepción que esta tiene del mismo, con el fin de implementar*

salud que contrate para el efecto, agentes que, de acuerdo al desarrollo de la ruta, deben actuar coordinadamente en pro del usuario.

iv. Delimitación territorial del MIAS

Considerando que el modelo pretende articular y coordinar a los actores del SGSSS para que proporcionen a la población los servicios de salud que verdaderamente requieren de acuerdo a las condiciones presentes en cada territorio[15] y a sus necesidades, la operación del mismo debe adaptarse tanto a las características diferenciales de la demanda de servicios (sociales, geográficas, étnicas, de genero) como a la oferta efectivamente disponible en cada territorio. (MSPS, 2016, págs. 62 - 65). El nuevo modelo de atención reconoce tres tipos de ámbitos territoriales (Ibíd., pág. 63):

- Ámbitos territoriales urbanos: Son aquellos territorios en donde la presencia de población es densa y la oferta de servicios es suficiente para atender la demanda de servicios de todos los niveles de complejidad, de manera que los usuarios tienen acceso a los servicios de salud. Estos territorios son el principal referente en salud para los territorios vecinos, pues tienen capacidad de resolución completa.
- Ámbitos territoriales con alta ruralidad: Se caracterizan porque (i) en ellos la oferta de servicios tiende a ser monopólica y principalmente de naturaleza pública; (ii) hay prevalencia de servicios de baja complejidad y (ii) esos servicios de baja complejidad no son resolutivos, es decir, no atienden de manera efectiva las necesidades en salud de la población que acude a sus servicio, lo que trae como consecuencia la remisión, de un alto porcentaje de pacientes, a servicios de mediana y alta complejidad generalmente alejados de las zonas de residencia de los usuarios. Estos corresponden a la mayor parte de municipios del país.
- Ámbitos territoriales dispersos: Se caracterizan porque: (i) tienen una baja densidad poblacional; (ii) La disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada; (iii) no se encuentra una oferta de servicios que sea suficiente para atender las necesidades de la población, (iv) carecen de vías de acceso (v) tienen condiciones culturales especiales y (vi) no hay presencia de talento humano en salud especializado.

v. Conformación de las Redes Integrales de Atención en Salud

Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) es "*el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados,*

---

estrategias promocionales y preventivas que se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles buscando actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad y controlar la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud" (MSPS, 2016, pág. 60).

[15] Territorio para el MIAS es "*la unidad básica en la cual se integran el Sistema de Salud y los agentes del SGSSS e implica una asignació*n poblacional del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud." (MSPS, 2016, pág. 62).

ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud." (MSPS, 2016, pág. 66).

Lo anterior implica que cada territorio debe conformar una o varias RED cuyos servicios deben estar planificados y responder a las necesidades de los usuarios que en él habitan, de acuerdo a la caracterización del riesgo realizada por los agentes competentes. De acuerdo al MIAS, toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales:

- Componente primario de prestación: Unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, integrada por unas serie de servicios o intervenciones brindadas por uno o varios prestadores, privados o mixtos. Específicamente, los servicios o intervenciones definidas como primarias en cada RIA tanto colectivas como individuales. Estas últimas deben ser garantizadas a través de servicios de baja y mediana complejidad que incluyen promoción de la salud, protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía. Además, la IPS primaria debe asumir la coordinación y seguimiento del usuario en los demás componentes de la red primaria y en la red complementaria (MSPS, 2016, págs. 69-70). El talento humano de los prestadores primarios estará organizado en equipos multidisciplinarios en salud (EMS), que tendrán familias adscritas a las que aplicarán el proceso de cuidado primario, a través del plan integral con el mismo nombre. Quienes deben garantizar la conformación de la red son las EAPB con acompañamiento de la entidad territorial correspondiente.

- Componente complementario de prestación: Está integrado por una serie de servicios (acciones individuales) de alta complejidad en la atención, brindados por uno o varios prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario (Ibíd, pág. 68). Con el propósito de garantizar la continuidad e integralidad en la atención entre los dos componente se debe utilizar la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste.

También es importante señalar que las Redes Integrales de Atención de Servicios de Salud que oferten las Entidades Promotoras de Salud serán habilitadas por cada Entidad Territorial Departamental y Distrital en donde la EAPB opera. El MSPS, durante la vigencia 2016, expidió la Resolución 1441 de ese mismo año "Por la cual se establecen los estándares,

criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones", mediante la cual, determinó su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. De igual manera, adoptó el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud'.

vi. Redefinición del rol del asegurador

Dentro del MIAS cada EAPB debe ser habilitada desde el punto de vista de su capacidad técnica en cada el Departamento o Distrito en el cual tenga afiliados. La entidad territorial deberá verificar que la EPS tenga la capacidad para identificar y calcular los riesgos en salud de su población afiliada; haya caracterizado su población en los grupos de riesgos identificados; que la red de prestadores de servicios de salud que oferta garantice para la totalidad de sus afiliados la gestión del riesgo en salud y la totalidad de las intervenciones o servicios contenidos en las RIAS definidas para cada grupo de riesgo; aplique mecanismos de contratación que garantices las intervenciones de las Rutas y mecanismos de pago orientados a resultados; ejecute la gestión individual del riesgo y disponga de infraestructura administrativa, de reporte de información y atención al usuario para cada su Departamento o Distrito, principalmente. Así mismo, debe verificar que la EPS tenga una interacción con los demás agentes del sistema competentes para garantizar la atención integral (Ibíd. págs., 76–79)

vii. Redefinición del esquema de incentivos

Propende por orientar los incentivos dentro del sistema hacia los resultados esperados en salud, para lo cual se requiere "*redefinir la unidad de atención y prestación alrededor del requerimiento de integralidad planteado en el Artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que sitúa el núcleo del derecho en la integridad del proceso de atención y no en atención individual, lo cual es ampliado en los artículos 6 y 8*" (Ibíd. págs., 80).

El sistema de salud confluirá hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención y que privilegien los resultados relacionados con mantener a la población sana por encima de aquellos que favorecen las atenciones de la enfermedad. Igualmente se desarrollarán incentivos pecuniarios y no pecuniarios para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica, buscando potenciar su desarrollo profesional y personal. (Ibíd. págs., 79 - 81).

viii. Requerimientos y procesos del sistema de información

El sistema de información del sector salud debe estar unificado alrededor de los requerimientos del MIAS. Es decir, además de los datos de los usuarios que existen hoy en día (P.ej. servicios de salud prestados, edad) se debe contar con información que incluya sus condiciones de vida, de trabajo y factores de riesgo, que pueda ser usada por la misma persona, por el SGSSS y por los demás agentes responsables de garantizar las intervenciones

o servicios de las RIAS. Esa necesidad debe orientar tanto los ajustes requeridos al SISPRO para integrar los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, y la regulación sobre la obligatoriedad de los agentes del sistema en el reporte confiable, oportuno, sistemático, claro, suficiente y con la calidad aceptable, en los plazos que se establezcan para el efecto (Ibíd. Págs., 82-83).

ix. Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS

Dicho fortalecimiento incluye el desarrollo de tres fases (Ibíd. Págs., 84-85):

- Se implementará un programa nacional de fortalecimiento del talento humano en salud, en el que se propone: (i) una formación continua para la generación de competencias en el cuidado primario de la salud, dirigido principalmente al talento humano que integra los primeros niveles de atención; y (ii) la formación de agentes y líderes comunitarios.
- Se adelantará una labor colaborativa con el sector educativo para la apertura y renovación de los programas únicos de las especializaciones en Medicina Familiar y Salud Familiar y Comunitaria y para el ajuste de los planes curriculares de los programas de formación de Recurso Humano en Salud por parte de las Instituciones de Educación Superior.
- Se adelantará la evaluación de las medidas adoptadas.

x. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento

El MSPS apoyado por el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología (COLCIENCIAS), Ministerio de Educación, Ministerio de las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como de alianzas estratégicas entre empresa, estado, universidades y sociedad civil, liderará un proceso de identificación de necesidades de investigación en salud, estrategias de desarrollo sostenible de procesos de investigación de alto impacto en salud y de las funciones y objetivos de los sistemas de salud, con el propósito de generar estrategias efectivas para la rectoría, prestación de servicios de salud, fortalecimiento de los sistemas de información y del recurso humano en salud y el mejoramiento del acceso equitativo a las nuevas tecnologías en salud (Ibíd. Págs., 88).

5.2.1 Avances actuales y esperados en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud con la implementación del MIAS

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y su modelo operativo (MIAS) son medidas que claramente apuntan al goce efectivo del derecho a la salud y por ende a la disminución de las acciones de tutela.

PAIS y MIAS buscan justamente responder a los retos que aún afronta el sistema de salud colombiano en materia de acceso efectivo, oportunidad, calidad e integralidad de los servicios de salud, y en este sentido, propende por un modelo de atención salud basado en la definición de una

única regla general de valoración: el interés particular de los usuarios, superponiendo el interés del principal –el usuario- y la garantía efectiva del derecho a la salud, sobre el interés de los agentes.

La implementación del modelo despliega los esfuerzos y recursos de manera diferencial, de acuerdo con las condiciones de la población. En consecuencia, es especialmente relevante el desarrollo de su enfoque diferencial de salud en las zonas dispersas del país, siendo el departamento de Guainía pionero en su desarrollo, por lo que ha sido uno de los territorios donde se han dado los primero y más importantes avances en este sentido (Gestarsalud, 2017).

En este departamento el MIAS generó formas operativas para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud, por lo que se configuraron comisiones extramurales por las 5 cuencas hidrográficas de dicho departamento. Dichas comisiones realizaron atenciones básicas y especializadas en salud, partiendo de la identificación de los principales riesgos por grupos etarios**.** Como resultado de esto, se logró la caracterización en salud del 79% de la población del Guainía, un hecho sin precedentes en esta zona del país.

Gracias a la implementación de este modelo, que cambia sustancialmente la forma en que los habitantes interactúan y obtienen servicios de salud, se logró un incremento del acceso a servicios de salud[16] (de 17% en 2013 a 77% en 2017[17]). Es de anotar que, en el Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Inírida se implementaron las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Medicina familiar y se continuó con Ginecobstetricia y Cirugía General. Así mismo, se evidenció que en dicho hospital el grado de satisfacción del usuario pasó de 84% a 93% entre mayo de 2016 y mayo de 2017.

Al analizar el comportamiento de los principales indicadores trazadores de salud, existe una importante disminución de la mortalidad materna a los 42 días, pasando de 666 muertes (por 100.000 nacidos vivos) en 2015 a cero (0) muertes en 2017 (ver Tabla 15). Los avances son también notables en mortalidad perinatal y neonatal tardía (reducción de 63% entre 2005 y 2017), así como en mortalidad asociada a desnutrición en menores de cinco años (55% entre 2005 y 2017).

Tabla 15. Comparativo de indicadores de resultado Colombia – Guainía

Indicador***	Colombia			Guainía		
	2005	2015	2017	2005	2015	2017
Mortalidad materna a 42 días	70	54	50	386	666	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	10	7	14	27	10	10
Mortalidad asociada a desnutrición en menores de 5 años	15	7	2	42	39	19

Fuente: Datos 2005-2015: Cubo de indicadores - estadísticas vitales SISPRO. Consultado el 02/01/2018; datos 2017: Instituto Nacional de Salud (INS, 2017)***Nota: Estos indicadores corresponden a razón de mortalidad por cada 100 000 habitantes en cada caso.

Adicionalmente, en función del enfoque intercultural del modelo, en Guainía se han realizado capacitaciones a los médicos tradicionales y parteras reconocidas Payés y los gestores y auxiliares de

[16] Entendiendo como acceso a servicios de salud recibir consulta o cualquier atención en salud diferente a vacunación.
[17] Información del asegurador único para Guainía (Coosalud), septiembre de 2017.

salud, con el objetivo de incrementar la articulación entre la medicina tradicional y occidental. Además, se conformó oficialmente el Comité de Participación Indígena (COPAI), el cual sienta las bases para involucrar a las comunidades en todos los procesos del MIAS y de salud pública en el departamento.

Con el objetivo de lograr el fortalecimiento de la gobernanza entre los actores involucrados, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo - BID se analizaron las responsabilidades conjuntas y las metas a corto, mediano y largo plazo. El seguimiento a estos acuerdos se realiza a través de una Mesa Situacional presidida por el Secretario de Salud del departamento.

Por otro lado, en el departamento de La Guajira se han dado avances significativos bajo el enfoque diferencial, esto es, reconociendo las particularidades del territorio, sus dinámicas sociales y las condiciones locales de su infraestructura y operación sanitaria. Gracias a estas intervenciones, en este departamento, a través de la composición y fortalecimiento de equipos extramurales, principalmente, se logró durante el periodo 2015 y 2016:

- 28.715 familias atendidas (9.684 en el 2015 y 19.031 en el 2016) en los municipios de Manaure, Maicao, Uribía y Riohacha, a través de la operación de 17 equipos extramurales de salud conformados por médico general, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social y 3 o 4 gestores sociales, los que a su vez son dirigidos por un equipo coordinador que cuenta con una consejera de lactancia materna, un nutricionista y el coordinador.
- 22.106 menores de 5 años atendidos en su comunidad (8.200 en el 2015 y 13.906 en 2016).
- 702 menores con desnutrición aguda moderada o severa identificados y atendidos oportunamente (296 en el 2015 y 406 en el 2016), de acuerdo a los “Lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición agua moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad” del Ministerio de Salud y Protección Social y UNICEF.
- 1.896 mujeres gestantes con control prenatal y entrega de micronutrientes.
- 6.346 controles de crecimiento y desarrollo.
- 789 controles prenatales.
- 6.685 antiparasitarios, 9.928 micronutrientes y 1.633 vacunas administradas.

5.2.2 Inversión en para fortalecer la oferta de servicios de salud

Los programas de fortalecimiento del MSPS tienen como objeto contribuir con un mejor desempeño de los servicios prehospitalarios y hospitalarios del país. Estos programas pretenden mejorar los componentes de dotación de equipos médicos, transporte, comunicaciones e infraestructura de la red hospitalaria pública. En este sentido, las inversiones dirigidas a fortalecer la oferta de servicios de salud en últimas propenden por mejorar la calidad de la atención, incluyendo la oportunidad de los servicios de salud.

Para el año 2016 el MSPS asignó recursos por valor **$ 71.243.339.541** para la cofinanciación de proyectos de apoyo en programas P y P, dotación de equipos biomédicos, transporte asistencial, infraestructura, unidades médico – odontológicas y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias (CRUE), así:

Tabla 16. Recursos asignados, vigencia 2016.

Tipo de proyecto	Inversión 2016
Apoyo en Programas en Promoción y Prevención	$ 5.360.601.000
Apoyo Infraestructura en Salud	$ 34.138.134.788
Dotación Equipo Médico	$ 11.430.448.663
Otros (Fortalecimiento CRUE e ISH, Planta Eléctrica y Vehículos Extramurales)	$ 3.661.010.000
Transporte Asistencial (TAB,TAM)	$ 11.002.145.063
Unidad Médico Odontológica	$ 5.651.000.000
Total general	$ 71.243.339.514

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017.

Tabla 17. Número de proyectos de inversión por entidad territorial, vigencia 2016

Entidad Territorial	Total
Antioquia	22
Arauca	2
Atlántico	3
Barranquilla	1
Bolívar	29
Boyacá	7
Buenaventura d.e.	3
Caldas	3
Caquetá	5
Cartagena d.t.	1
Casanare	1
Cauca	6
Cesar	24
Choco	10
Cordoba	9
Cundinamarca	2
Guaviare	4
Huila	14
La Guajira	3
Magdalena	6
Meta	5
Nariño	6
Norte de Santander	16
Putumayo	1
Quindío	3

Risaralda	16
San Andrés	2
Santander	13
Sucre	2
Tolima	9
Valle del Cauca	20
Vaupés	1
Total general	**249**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017.

6 ANEXOS

Anexo 1. Variables incluidas en el formato de recolección

Módulo Identificación	
Variable	**Descripción**
NumRadCC	Numero de radicado de la tutela
TpId	Código del tipo de identificación
TipoId.TipIdent	Descripción
NumeroIdentificacion	Número de identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos
Nombres_completos	Nombre de la persona a quien se le tutelan los derechos
Apellidos_completos	Apellido de la persona a quien se le tutelan los derechos
EnCindcDiscp	En condición de discapacidad
TpIdA	Código del tipo de identificación de la persona que interpone la tutela
TipoId_1.TipIdent	Descripción del tipo de identificación de la persona que interpone la tutela
Nombre_completo_Ac	Nombre de la persona que interpone la tutela
NumIdentAcudiente	apellido de la persona que interpone la tutela
IdModoPresentTutela	Código de la Forma en que presenta la tutela
ModoPresentTutela	Descripción de la Forma en que presenta la tutela
DispFecNac	Se puede consultar la fecha de nacimiento
FechaNacimiento	Fecha de nacimiento
IdReg	Código del régimen
Regimen	Descripción del régimen
IdCalidAfil	Código Calidad del Afiliado
Calidad_de_afiliación	Descripción Calidad del Afiliado
IdVinclab	Código tipo de vinculación laboral
Vinculolaboral	Descripción tipo de vinculación laboral
IdRE	Codigo regimen al que se encuentra afiliado
NombreRE	Descripción regimen al que se encuentra afiliado
IBC	Ingreso base de cotización

IdSex	Descripción Sexo
Sexo	Codigo Sexo
COD_DEPTO	Codigo divipola del Departamento
DEPTO	Departamento
COD_MPIO	Codigo divipola del Municipio
PALMITO	Municipio

Módulo Solicitudes	
Variable	**Descripción**
NumRadCC	Numero de radicado e la tutela
NumeroIdentificacion	Número de identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos
IdTSolc	Código del tipo de Solicitud
TipoSolicitud	Descripción del tipo de Solicitud
IdTipoSolicitudes	Código de la de Solicitud
Solicitudes	Descripción de la de Solicitud
IdTpServS	Código del tipo de servicio
TipoServSalud	Descripción del Tipo de servicio
OrdenMédica	Presenta orden medica
Detalle	Observaciones
Precisiones	Ampliación de observaciones

Módulo decisión judiciales	
Variable	**Descripción**
NumRadCC	Numero de radicado de la tutela
NumeroIdentificacion	Número de identificación de la persona a quien se le tutelan los derechos
Juez1raInstacnia	Código del Juzgado
Nombre	nombre del juzgado donde se interpone la tutela
COD_DEPTO	Código divipola del Departamento
DEPTO	Departamento
COD_MPIO	Código divipola del Municipio
MPIO	Municipio
IdDesc1aInst	Código de la decisión den 1a instancia
Decisión_de_primera_instancia	descripción de la decisión den 1a instancia
Integralidad	Solicita atención integral
AnalisiDesccJud.Cpto_CTC	Concepto del Comité técnico científico
CodigoCpto_CTC	Código de la decisión frente a Concepto del Comité técnico científico
ConceptoCTC.Cpto_CTC	Descripción de la decisión frente a Concepto del Comité técnico científico
IdAnálisiCP1ra_Inst	Código del análisis de la capacidad de pago

AnálisiCapacidad_de_pago_1ra_Instancia	Descripcion del analisis de la capacidad de pago
A2	Código del Analisis de la pertinencia
Análisis_de_la_pertinencia_de_la_prestación	Descripcion del Analisis de la pertinencia
IdApelacion	Código de la apelación de la descisión
Apelacion	Descipción de la apelación de la descisión
Observaciones	Observaciones

7 REFERENCIAS

DANE. (2011). *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*. Obtenido de Proyecciones de población. Demografía y población: http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyeccion

Garcia, A., & al., e. (2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their. *Gac Sanit, 20(4)*, p. 316-324.

Gestarsalud. (2017). *Alianza de acuerdo de voluntades para operación del MIAS Guainía. Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud en el departamento de Guainía - Informe primer año.* Cartagena .

Giedion, U., Bitrán, R., y Tristao, I. (2014). Health Benefit Plans in Latin America: a regional comparison. *Inter-American Development Bank*.

INS. (2017). *Boletín Epidemiológico Semanal Semana 52*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2017 Boletín epidemiológico semana 52.pdf

Ley 1751. (2015). *Ley Estatutaria por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* Bogotá D.C. : Congreso de Colombia.

Migración Colombia. (2017). *Radriografía de Venezonalos en Colombia* .

MSPS. (2015). *Cifras financieras del sector salud. Notas conceptuales y metodológicas sobre la medición del gasto de bolsillo en salud. Boletín Bimestral No. 9, Marzo-Abril 2015.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social.: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-sector-salud-No.9.pdf

MSPS. (enero de 2016). *Política de Atención Integral en Salud.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators.* Zurich: OECD Publishing.

OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016.* Paris: OECD Publishing. Obtenido de OECD Publishing.

OMS. (2002). *Estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud.* Organización Mundial de la Salud.

Resolución 429. (2016). *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.* Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.